UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 13

FACULTÉ DE MÉDECINE

COMMENT DOIT-ON TRAITER LE PROLAPSUS RECTAL ?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1914

PAR

Clément-Conrad BIALOSTOTZKY

Né à Roussoff (Russie), le 11 novembre 1884

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse : GILIS, Professeur, *Président*. SARDA, Professeur. SOUBEYRAN, Agrégé. ROGER, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1914

COMMENT DOIT-ON TRAITER LE PROLAPSUS RECTAL ?

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 13

FACULTÉ DE MÉDECINE

COMMENT DOIT-ON TRAITER LE PROLAPSUS RECTAL ?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1914

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Clément-Conrad BIALOSTOTZKY

Né à Roussoff (Russie), le 11 novembre 1884

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse	GILIS, Professeur, *Président.* SARDA, Professeur. SOUBEYRAN, Agrégé. ROGER, Agrégé.	*Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N.....

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O. ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
SARDA, Professeur.	ROGER, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON FRÈRE FRANÇOIS-JOSEPH

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affection fraternelle.

MEIS ET AMICIS

C. BIALOSTOTZKY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET ROGER

C. BIALOSTOTZKY.

COMMENT DOIT-ON TRAITER LE PROLAPSUS RECTAL?

VARIÉTÉS

On décrit trois variétés du prolapsus rectal :

1° Prolapsus muqueux (prolapsus ani). La muqueuse rectale, perdant ses connexions avec les autres tuniques rectales, sort à l'extérieur, où elle forme une petite tumeur de 3-4 centimètres, ou même une simple rosace.

2° Prolapsus de la partie inférieure du rectum (prolapsus à deux cylindres, prolapsus ani et recti). Toutes les tuniques du rectum sortent à l'extérieur et y forment une tumeur pleine, globuleuse ou cylindique de 5 à 15 centimètres de longueur.

3° Prolapsus de la partie supérieure du rectum (prolapsus à trois cylindres, prolapsus recti). La partie supérieure du rectum s'invagine dans l'inférieure et fait saillie à l'extérieur.

C'est à cette dernière variété qu'il faut rattacher les prolapsus compliqués de la sortie de l'S iliaque.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Le prolapsus rectal est surtout l'affection des deux extrémités de la vie. Son maximum de fréquence est jusqu'à 8 ans et à partir de 30 ans. Chez l'adulte, il paraît être plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Le rectum étant maintenu en place par deux ordres des facteurs — le plancher pelvien en bas et les moyens de suspension en haut, — il est tout naturel que deux théories respectives aient été émises pour expliquer le mode de production du prolapsus.

Pour les uns, c'est l'insuffisance du soutien qu'il faut incriminer. Esmarch et Giraldès soulignent surtout l'importance du relâchement des sphincters. Ludloff et Napalkoff constatent la dégénérescence des fibres musculaires des muscles du périnée et la prolifération du tissu conjonctif. Hoffmann va plus loin : il trouve, à côté des lésions des parties molles, des lésions osseuses. Sacrum et coccyx sont, d'après ses constatations, moins incurvés que normalement, ce qui donne une direction anormale au rectum, direction éminemment préjudiciable puisqu'il se trouve suspendu verticalement dans le petit bassin au lieu de reposer par sa partie inférieure sur un lit, formé de parties molles et du coccyx.

Cette théorie a été universellement admise, lorsqu'en 1889 Verneuil énonça pour la première fois une théorie nouvelle, qui rallia bientôt la grande majorité des chirurgiens et qui trouva de chaleureux défenseurs dans la personne de Jeannel, Cabanié, Lefèvre, pour ne citer que les noms les plus connus.

La nouvelle théorie, à l'encontre de la première, ne fait jouer au plancher pelvien qu'un rôle secondaire dans le maintien du rectum, le rôle principal étant dévolu aux moyens de suspension en général et au mésocôlon en particulier. « Ce qui le prouve, dit Verneuil, c'est que le sphincter peut être largement divisé après la rectotomie, les déchirures du périnée et certaines opérations de fistules, supprimé même par l'ablation du cancer rectal, sans que le prolapsus se produise nécessairement, tandis que, en cas de destruction de ces attaches supérieures, l'intégrité du sphincter n'empêche pas le rectum de s'échapper dans l'acte de la défécation, comme un simple bol fécal. » Le rectum est comparé à un prisonnier enfermé dans une cellule dont l'anus est la porte, et enchaîné par le mésocôlon pelvien; si la chaîne est courte, la porte peut rester toujours ouverte, il ne pourra pas s'échapper ; mais que la chaîne vienne à s'allonger ou à se rompre, le prisonnier sortira dès que la porte s'ouvrira, et elle s'ouvre à chaque défécation (Lenormant).

Une expérience de Ludloff est venue prouver le peu d'importance des moyens de suspension du rectum. Il réséqua chez un chien le coccyx, et après avoir séparé le rectum de toutes ses attaches provoqua, c'est vrai, un prolapsus artificiel, mais d'une étendue minime et ayant guéri spontanément au bout de quelques jours.

Enfin à ces deux théories, que l'on pourrait prévoir d'avance, est venue s'ajouter une troisième, intimement liée aux noms de Waldeyer, Ludloff et Gérard Marchand. Waldeyer, dans son ouvrage : « Anatomie du bassin », appela l'attention des chirurgiens sur les dispositions anatomiques anormales du petit bassin dans les cas de prolapsus, sur les dimensions exagérées du cul-de-sac

de Douglas et sur la situation basse du péritoine à ce niveau. Ludloff a montré l'existence d'un cul-de-sac péritonéal à la partie antérieure du prolapsus, et, développant la théorie à peine ébauchée par Tilmanns et Zuckerkandl, fit de l'hydrocèle non pas un fait accessoire, secondaire au prolapsus, mais le fait primordial, la cause du prolapsus. A l'état normal, chez les personnes saines, pendant l'effort, la défécation, lorsque la paroi abdominale est fortement tendue, le feuillet du péritoine s'abaisse vers le cul-de-sac de Douglas, mais ce mouvement est très peu accentué grâce à la tension du péritoine et à la contraction de la musculeuse rectale qui donne une certaine rigidité au rectum et soutient ainsi le péritoine par en bas. Mais que la structure du péritoine s'affaiblisse, que la musculeuse perde sa tonicité, et l'éperon péritonéal viendra refouler la paroi antérieure du rectum : l'ébauche du prolapsus sera ainsi constituée. Cunéo et Veau ont démontré la possibilité d'une prédisposition à la hernie périnéale par le défaut d'accolement des deux feuillets de l'aponévrose prostato-péritonéale. Gérard Marchand s'est fait le vulgarisateur de cette théorie en France.

Des causes secondaires viennent s'ajouter aux causes précitées. Ce sera, suivant le cas, soit un grand effort, soit une diarrhée prolongée, la constipation opiniâtre, les affections des voies urinaires chez les hommes, et les accouchements répétés et laborieux chez les femmes, les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, dysenterie, ou bien une affection rectale : cancer, rétrécissement, rectite. Fischl en Allemagne et Jeannel en France ont attribué à cette dernière le rôle capital dans la genèse du prolapsus. Leur conception n'a pas reçu d'approbation générale, il n'en reste pas moins vrai qu'elle est très juste en ce qui

concerne le prolapsus de forme légère, limité à la muqueuse rectale.

On pourrait faire à toutes ces théories le même reproche : c'est de vouloir schématiser trop et ramener tous les cas de prolapsus rectal sous une même rubrique, de les expliquer tous d'une même manière, à l'exclusion des autres théories. Gérard Marchand fut un des premiers à ne pas admettre cette unité de cause : il parla déjà de prolapsus de force et de prolapsus de faiblesse. A l'heure actuelle on admet deux théories pathogéniques du prolapsus, des prolapsus congénitaux pour ainsi dire, dus à une conformation anormale du petit bassin, à une profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas et à une longueur excessive de l'S iliaque, et de prolapsus acquis dus à une faiblesse du plancher pelvien. Enfin, les grands prolapsus sont habituellement mixtes : les malformations abdomino-pelviennes s'y combinent au relâchement périnéal primitif ou secondaire.

JUSTIFICATION DU TRAITEMENT

Il est superflu de justifier la nécessité du traitement du prolapsus rectal. Le fait de rendre le malade inapte à tout travail en dit assez par lui-même. Si nous y ajoutons les complications qui ne manquent jamais dans les cas de prolapsus anciens — les hémorragies de la muqueuse prolabée, son infection, les douleurs, la gêne de la marche, l'incontinence des matières, etc., — nous

aurons dressé un inventaire assez pénible pour justifier toutes les interventions possibles.

Aussi de tous temps s'est-on efforcé de guérir cette infirmité. Le traitement du prolapsus se divise tout naturellement en deux parties : traitement médical et traitement chirurgical. Ils comportent tous les deux des méthodes et des procédés innombrables. Il serait oiseux et d'ailleurs absolument impossible de les passer en revue tous, non seulement dans les cadres restreints de notre travail, mais même dans un ouvrage de grande portée. Aussi nous nous sommes proposé comme but d'indiquer seulement les procédés actuellement employés. Mais même dans ces limites nous nous garderons de décrire tous les procédés existants, parce que la plupart d'entre eux ont été déjà décrits, soit par Lenormant dans sa thèse « Le prolapsus du rectum, causes et traitement opératoire », soit dans les diverses revues de chirurgie françaises.

Traitement médical

Il comprend les médicaments, le massage, l'électricité, les bandages, etc... Disons de suite que nous renvoyons le lecteur, que cette partie bien surannée du traitement pourrait intéresser, à la thèse de Lenormant ou aux articles des revues, et que nous ne mentionnerons dans ce chapitre qu'un seul appareil dont nous n'avons pas trouvé la description dans la littérature française.

Le bandage de Bauer se compose d'un ressort et d'une pelote. La pelote est introduite dans le rectum et

placée contre la paroi postérieure de cet organe qu'elle maintient ainsi fixée au sacrum. Dès lors, malgré les poussées abdominales les plus violentes, l'éperon péritonéal ne parvient pas à prolaber le rectum. Bauer ne se borne pas à l'application de son bandage; ayant observé des cas de guérison de prolapsus chez les enfants, il les a attribués à ce fait que le sphincter et les releveurs avaient récupéré leur tonicité ; aussi a-t-il associé le massage au port de son bandage. Le meilleur procédé de massage paraît être celui de Thure-Brandt. Bauer a constaté la guérison, au bout de quelques mois, dans presque tous les cas traités par lui. Il faut cependant ajouter qu'il appliquait son traitement exclusivement aux enfants, ce qui diminue de beaucoup la valeur de ce procédé. Berg a aussi obtenu récemment avec le massage de bons résultats chez les enfants. Ludloff cite plusieurs cas de prolapsus guéris par cette méthode seule. Dans les cas légers — et chez les enfants seulement — le massage donne au début des résultats souvent surprenants, puisqu'on a pu observer quelquefois une notable amélioration au bout de 8 jours ; mais ensuite ce progrès devient souvent extrêmement lent et le résultat thérapeutique reste plus que souvent aléatoire. Aussi considère-t-on aujourd'hui le massage comme un moyen adjuvant du traitement opératoire, et il est surtout indiqué comme tel dans les interventions portant sur le plancher pelvien.

D'autre part, le massage a des nombreuses contre-indications, à tel point qu'il devient dans certains cas absolument impossible à pratiquer. Bauer donne comme contre-indications du massage : l'irréductibilité du prolapsus, la rectite aiguë, les abcès de la muqueuse rectale, en somme tous les cas où la résection est le seul

traitement applicable. Il conseille de commencer le traitement par le massage — sauf dans les cas de contre-indication — et de n'avoir recours au traitement opératoire qu'en cas où après deux trois semaines on n'observerait aucune amélioration.

Tous les procédés non-opératoires — et nous ne parlons pas des procédés limités à la médication interne seule — ont le grand inconvénient de nécessiter un grand laps de temps.

Traitement opératoire

Le traitement opératoire du prolapsus rectal date de fort longtemps. Il a passé dans son évolution par plusieurs phases, en rapport avec les théories pathogéniques de cette affection. C'est ainsi que les premières tentatives du traitement chirurgical du prolapsus sont exclusivement orientées vers un seul but: obtenir un rétrécissement aussi parfait que possible du rectum et de l'orifice anal. Ces essais datent de l'époque où l'on ne concevait le prolapsus que comme une conséquence du relâchement du sphincter. C'est probablement Dupuytren qui inaugura le premier cette série d'opérations. Il rétrécit l'anus en excisant de petits plis de la peau au pourtour de cet orifice. Le résultat en fut illusoire, puisque la malade, une jeune fille de 24 ans, a présenté une récidive, 1 mois après l'opération. Diffenbach combina le procédé de Dupuytren avec l'excision d'une bande de la paroi rectale prolabée. Kehrer excisa

la partie postérieure du sphincter et réunit les deux surface de section.

C'est en partant du même principe que les différents chirurgiens ont employé le fer rouge, les liquides caustiques, pour cautériser la muqueuse soit en larges bandes, soit par points séparés.

Tous ces procédés sont tombés complètement en désuétude et ils n'ont plus qu'un médiocre intérêt historique. Cependant, au cours de l'année 1907, le docteur Ruelle a porté à la connaissance du corps médical un cas de prolapsus rectal où il a obtenu des résultats encourageants avec l'acide nitrique.

Toujours dans le même ordre d'idées, mais procédant d'une façon différente, Lange a imaginé et pratiqué, le premier, une nouvelle opération, connue ensuite sous le nom de plicature (rectoplicatio). Il met à nu la face postérieure du rectum à travers une incision menée de l'anus jusqu'au coccyx. Sur cette paroi rectale ainsi dénudée, il applique une série de points verticaux au catgut, rétrécissant de cette façon l'ampoule rectale. Czerny, qui a beaucoup employé cette méthode, la modifia dans ce sens, qu'au lieu de laisser les fils libres, il les fixa aux ligaments sacro-sciatiques.

Procédé de Wreden

C'est une application au traitement du prolapsus d'une méthode imaginée par Gersuny à propos du traitement du cancer du rectum. Il consiste en une torsion plus ou moins accentuée du rectum. Pour cela, Wreden commence par faire une incision circulaire autour du sphincter. Il

sépare ensuite le rectum de la prostate et des releveurs de l'anus, le tord à 90°, 180°, 360°, suivant la gravité du mal, et le fixe dans sa nouvelle position. Ce procédé a été très vivement critiqué, surtout à ses débuts. « La méthode de Wreden, dit Lenormant, a l'inconvénient de remplacer un mal par un mal plus grave; pour suppléer un sphincter affaibli, on va en effet isoler le segment terminal du rectum, c'est-à-dire énerver complètement ce sphincter qu'on condamne à une atrophie définitive. » Et réellement, ce procédé ne paraît pas avoir donné de bons résultats au début. Ludloff, qui l'a pratiqué une fois, le critiqua fort. Cependant ce procédé est à présent couramment employé au moins en Allemagne et en Russie. Son inventeur l'a pratiqué dans 32 cas avec un seul échec. Danew s'est fait son grand défenseur; il opéra 40 malades par ce procédé avec deux échecs. Mirotworcew a guéri 3 malades et Zylberstein 15. Ce dernier a cependant noté dans un cas un très notable rétrécissement du rectum consécutif à cette opération. Il faut mentionner que tous ces chirurgiens, malgré les éloges qu'ils accordent au procédé de Wreden, sont unanimes à déclarer qu'il n'est pas applicable chez les sujets dont la nutrition générale est compromise.

Le procédé de Wreden est d'une exécution facile ; il donne de très bons résultats, les meilleurs peut-être de toutes les opérations du prolapsus. Aussi pensons-nous qu'il mérite grandement d'attirer sur lui l'attention des chirurgiens et d'être étudié sérieusement. Dans la littérature médicale française des dernières années nous n'avons presque rien trouvé à son sujet.

Procédé de Thiersch

Ce procédé se recommande par son extrême simplicité, sa facilité d'exécution, son traitement post-opératoire nul. Aussi est-il extrêmement répandu en Allemagne, où il est le procédé le plus en vogue ; il est aussi très répandu en Russie et en Pologne. Bien entendu, nous parlons ici, soit du procédé Thiersch, tel que son inventeur l'a décrit, soit modifié par les différents chirurgiens, ces modifications ne portant jamais que sur les questions de détail. Voici en quoi il consiste : à l'aide d'une aiguille mousse, on introduit dans l'épaisseur des parties molles de la région anale un fil d'argent, on lui fait faire un tour complet du sphincter, on le sort en un point voisin de son entrée, et, un doigt étant introduit dans le rectum, on tord les deux bouts. Le doigt apprécie quand le fil est assez tordu. On enfouit les deux bouts tordus dans l'épaisseur des parties molles, on applique un pansement et, au besoin, le malade peut quitter l'hôpital au bout de 2-3 jours.

De nombreuses modifications ont été apportées à ce procédé. Henschen remplace le fil d'argent par la soie, par les vaisseaux empruntés aux cadavres frais, par les faisceaux tendineux fournis par le tendon d'Achille du malade.

Karewski a remplacé, chez les enfants, le fil d'argent par la paraffine, qu'il injecte sous la peau, autour de l'anus, après la réduction du prolapsus ; sur huit cas ainsi traités, il n'a eu qu'un insuccès.

Ce procédé a été accueilli avec méfiance : on invoquait

la possibilité des embolies. Cependant il a été repris et a donné des résultats brillants. Spitzi (de Graatz) introduit l'aiguille en arrière de l'anus, et latéralement, d'abord d'un côté, puis de l'autre; il injecte la paraffine pendant que l'aiguille est lentement retirée. On obtient ainsi deux cylindres de paraffine qui soutiennent le rectum. Sur 49 cas, Spitzi signale 47 guérisons; Burgess a traité 9 malades de la façon suivante: il injecte la paraffine, fondant à 41°, sous la muqueuse rectale, de manière qu'elle y forme des nodules disposés en cercles. Trois cercles suffisent généralement. Chaque nodule du cercle supérieur doit correspondre à un intervalle entre deux nodules du cercle inférieur. Burgess a obtenu neuf guérisons sur neuf cas. Dans un cas l'incontinence des matières durait depuis trois ans, et on a été obligé d'injecter 52 cc. de paraffine.

C'est une méthode de premier ordre.

Smieden, et après lui Brun, ont modifié le procédé de Thiersch de la façon suivante : ils font une incision cutanée à la partie postérieure de l'anus, et à l'aide d'un instrument mousse ils forent un canal circulatoire autour de cet orifice ; ensuite, ils résèquent, aux dépens de l'aponévrose de la cuisse, une bande longue de 12 centimètres et large de 2 centimètres, qu'ils tordent à la façon d'une cordelette et qu'ils engagent dans le canal : ils suturent les deux bouts de la cordelette et les enfouissent sous la peau.

On a supposé que le procédé de Thiersch agissait de deux façons : directement, le fil jouant le rôle du sphincter affaibli, et indirectement, en excitant par la présence d'un corps étranger la prolifération cellulaire. Mais les récidives qui n'ont pas manqué de se produire

après l'enlèvement précoce du fil ou après sa rupture ont infirmé cette manière de voir.

Périnéorraphie

La périnéorraphie, soit antérieure, soit postérieure, fut employée dans quelques cas de prolapsus par Albert, Schwartz, Ott et autres chirurgiens. Cette méthode ne s'est pas généralisée ; il faut cependant mentionner quelques procédés nouveaux auxquels elle a donné lieu. Hoffmann fait une périnéorraphie postérieure. Il fait une incision des parties molles en forme de H à la limite de la séparation entre la muqueuse anale et la peau, il sépare le rectum des tissus environnants sur une étendue de 5-6 cm., et, après avoir agrandi avec les doigts l'incision dans le sens antéro-postérieur, réunit les deux lèvres de l'incision. Le plancher pelvien se trouve rétréci et renforcé. Le malade garde le lit pendant 3 semaines.

Lorsque les muscles du plancher pelvien sont trop relâchés — et cela se voit surtout chez les grandes multipares — il peut arriver que la périnéorraphie devient impossible à effectuer sans faire des emprunts aux tissus voisins. Voici la technique de Tzastrow à ce sujet : il fait une incision médiane de 7 cm. allant du sacrum jusqu'au bord postérieur de l'anus, il contourne l'anus et prolonge l'incision sur le périnée sur une longueur de 3-4 cm. Il sépare la partie inférieure du rectum des tissus voisins. Ensuite il fait une seconde incision allant du milieu de l'anus jusqu'au pli fessier et le dépassant de 2-3 cm. Les deux incisions sont presque à l'angle droit. Une troisième incision, presque parallèle à la pre-

mière, est faite sur le bord du grand fessier. On écarte la peau et on emprunte au grand fessier un lambeau musculaire de 2 cm. 5 de largeur, et de 0 cm. 75 d'épaisseur. A sa partie supérieure ce lambeau reste adhérent au grand fessier. La longueur du lambeau doit être telle que son bord inférieur dépasse le bord antérieur de l'anus de 2-3 cm. On divise la partie inférieure du lambeau en deux bandelettes qui contournent respectivement les deux bords de l'anus, après quoi elles sont de nouveau soudées par trois points en avant de l'anus et par deux points en arrière. On réunit le bord de l'orifice anal avec les faisceaux musculaires, on rabat la peau et on recoud. Tzastrow a traité de cette manière deux cas de prolapsus avec un résultat tout à fait satisfaisant. Schœmaker, le précurseur de Tzastrow, s'adresse aux deux grands fessiers, auxquels il emprunte une bandelette musculaire à chacun.

Les trois procédés que nous venons de décrire : procédé de Wreden, de Thiersch et les périnéorraphies ont été conçus sous l'influence de l'ancienne théorie pathogénique du prolapsus. Considérant le prolapsus comme conséquence de l'insuffisance du sphincter ou du plancher pelvien, on s'est préoccupé de remédier à cette insuffisance. Une autre idée qui devait venir immédiatement à l'esprit en présence d'un prolapsus, c'est la tentative de suppression de la partie prolabée. Dans cet ordre d'idées deux opérations ont été imaginées: l'opération de Delorme et l'opération de Mikulicz.

Procédé de Delorme

Le procédé de Delorme (appelé en Allemagne procédé de Rehn-Delorme) est un procédé mixte : il renforce le sphincter et supprime la muqueuse prolabée. Voici sa technique d'après son auteur même : après la dilatation du sphincter jusqu'aux ischions, faite par un aide, on fait une incision circulaire sur la ligne de séparation entre la peau et la muqueuse anale ; cette incision n'intéresse que la muqueuse ; on sépare ensuite la muqueuse des couches sous-jacentes en commençant par la partie antérieure et latérale du prolapsus où on est le moins gêné par le sang et en finissant par la partie postérieure. Ce décollement de la muqueuse doit être poursuivi jusqu'au sommet de la partie prolabée. On obtient ainsi un cylindre muqueux que l'on excise. La musculeuse est traversée par une série de fils verticaux que l'on serre, formant ainsi un bourrelet circulaire autour de l'anus. L'extrémité de la muqueuse est suturée à la peau et le bourrelet est réduit.

Ce procédé a été employé par Becker, Bier, Lenormant et autres. En Pologne, Krauze a publié récemment un article dans lequel il donne neuf observations de prolapsus rectal traité par le procédé de Delorme. Comme le nombre des cas de prolapsus traités par cette méthode est relativement restreint en comparaison avec les autres méthodes, et comme les résultats obtenus par le chirurgien polonais diffèrent sensiblement des résul-

tats obtenus jusqu'ici, nous nous permettrons de résumer en quelques mots cette partie de son travail.

Observations de Krauze (résumées)

Observation I. — R. S., femme de 36 ans. Présente un prolapsus total de 16 centimètres et qui sort au moindre mouvement. Difficilement réductible. Depuis deux ans, incontinence des matières. Orifice anal laisse passer 3 doigts. Muqueuse nette. 5 accouchements antérieurs.

Opération le 8 août 1908. Rachianesthésie avec la stovaïne. La muqueuse est séparée, la musculeuse plissée à l'aide de six fils, un surjet continu fixe la muqueuse à la peau. Une très forte hémorragie pendant l'opération. La femme est devenue très pâle et très affaiblie. Le sang venait comme d'une éponge pressée, rendant très difficile la ligature des vaisseaux. Rétention d'urine pendant les premiers jours. L'état général s'améliore au bout de quelques jours. Première selle au bout de 8 jours.

Rectum ne sort plus. Selles quotidiennes ; la malade peut retenir les matières à volonté. Orifice anal rétréci, petit. Sortie de l'hôpital le 23 août.

Observation II. — A. S., homme de 43 ans. Opération des hémorroïdes, il y a un an. Prolapsus quelques mois après. Entré à l'hôpital le 7 décembre 1908. Pendant l'effort, la muqueuse sort d'abord, les autres tuniques ensuite : longueur du prolapsus 7 centimètres. Réduction

facile. Selles régulières, pas d'incontinence. Orifice anal large.

11 décembre, opération sous chloroforme. Forte hémorragie. Pas de fièvre post-opératoire. Première selle au bout de 10 jours. Selles régulières. Pas de récidive. Sortie le 16 janvier 1909.

Observation III. — S. L., femme de 50 ans. Entrée à l'hôpital le 17 mai 1910. 2 accouchements antérieurs, ayant occasionné une déchirure du périnée et un prolapsus de la paroi postérieure du vagin. Actuellement, un prolapsus rectal total de 4 centimètres. Opération le 28 mai. Anesthésie locale avec la solution de novocaïne-adrénaline. Musculeuse est plissée à l'aide de cinq fils. Faible hémorragie. Première selle au bout de 5 jours. Le 26 juin, sortie de l'hôpital. Pas de récidive. Selles régulières, sphincter en bon état.

Pour parer à l'hémorragie, Krauze a opéré les six cas suivants avec hémostase préalable. Après s'être assuré que le prolapsus ne contient pas d'anse intestinale, il pose une ligature élastique à la base du prolapsus. Hémorragie est presque nulle, et les vaisseaux peuvent être aisément liés. Cette ligature est faite très soigneusement pour éviter l'hémorragie secondaire.

Observation IV. — F. S., femme de 55 ans. Entrée à l'hôpital le 24 octobre 1911; un accouchement antérieur. Prolapsus de 11 centimètres. Incontinence. Diarrhée fréquente depuis longtemps. Orifice anal laisse passer 4 doigts.

Opération le 8 novembre. Anesthésie locale. Ligature élastique à la base du prolapsus. Hémorragie nulle. Première selle au bout de 8 jours.

Etat de la malade, le 30 avril 1912 : pas de récidive. Selles normales et régulières.

Observation V. — A. R., homme de 40 ans. Entré à l'hôpital le 4 février 1913, prolapsus de 7 cm. Réseau veineux très dilaté ; réduction facile.

Opération le 14 février. Anesthésie locale. Ligature élastique, élevage de la muqueuse ; plicature de la musculeuse ; enlèvement du lien élastique, hémorragie abondante arrêtée par la ligature des vaisseaux et par la suture de la muqueuse à la peau ; rétention d'urine post-opératoire ; hémorragie secondaire au bout de 8 jours, arrêtée par le tamponnement du rectum.

Sortie de l'hôpital le 1er mars 1913. Pas de récidive, selles régulières.

Observation VI. — G. L., femme de 65 ans ; attaque d'hémiplégie il y a 4 ans. Actuellement la malade traîne sa jambe droite. Prononciation défectueuse : prolapsus de 12 cm. ; veines élargies. Orifice anal laisse passer 3 doigts.

Opération le 12 janvier 1912. Anesthésie locale ; hémorragie nulle, selles régulières. Sortie de l'hôpital le 11 février 1912.

Récidive au bout d'un an. La reconstitution du plancher pelvien n'a donné aucun résultat. Echec est probablement dû à l'atrophie musculaire consécutive à l'hémiplégie.

Observation VII. — O. F., homme de 22 ans. Entré à l'hôpital le 10 janvier 1912. Prolapsus de 13 cm. Cause inconnue. Orifice anal admet trois doigts.

Opération le 21 janvier. Ligature élastique, Hémorragie minime. Première selle au bout de 8 jours. Sortie de l'hôpital le 11 février 1912. Pas de récidive, selles régulières. Sphincter en bon état.

Observation VIII. — W. R., femme de 55 ans. Entrée à l'hôpital le 9 janvier 1913. Prolapsus de 17 cm. Sort à tout instant. Orifice anal laisse passer 4 doigts.

Opération le 13 janvier 1913. Anesthésie locale. Ligature élastique. Hémorragie minime.

Le 26 février, un lambeau de la muqueuse apparaît dans l'orifice anal pendant l'effort. Le lambeau augmente ensuite.

Le 26 mars, périnéorraphie par le procédé de Hofmann. Selles difficiles et douloureuses. Dilatation méthodique du rectum avec des bougies métalliques.

Le 15 mai, état général bon, selles normales. Rectum admet 2 doigts. Pas de récidive.

Observation IX. — S. B., femme de 54 ans. Entrée à l'hôpital le 31 juillet 1913. A été opérée par le procédé de Thiersch en 1909. Récidive 6 mois après. Actuellement un prolapsus de 12 cm. Orifice anal élargi. Opération le 22 août. Anesthésie locale. Hémorragie nulle.

Un lambeau muqueux apparaît dans l'orifice le 9 septembre ; 16 septembre, périnéorraphie.

Octobre 1913. Pas de récidive. La malade est encore à l'hôpital.

En comparant les résultats obtenus par lui avec les autres méthodes, avec ces neuf cas traités par la méthode de Delorme, Krauze arrive à donner la préférence à ce dernier procédé. Il conseille de le com-

pléter dans les cas graves de prolapsus par une périnéorraphie.

Pour nous, les opérations de Krauze ont encore un autre intérêt. Sur les neuf cas traités par le procédé Delorme, Krauze a obtenu une récidive et deux menaces de récidive qu'il a conjurées par la périnéorraphie. Si, en faisant la cote mal taillée, nous comptons ces trois cas pour deux récidives franches, nous obtiendrons un total de récidives beaucoup plus élevé que nous ne le voyons généralement dans la méthode de Delorme. Les cas de Krauze donnent en effet 22 p. 100 de récidives.

Procédé de Mikulicz

C'est un procédé purement mutilateur. Tout près de l'anus on sectionne la moitié antérieure du cylindre externe prolabé ; ceci fait, on va à la recherche du cul-de-sac péritonéal que l'on incise pour s'assurer s'il ne contient pas d'anse intestinale. Dans les cas où on en trouve une on incise le sphincter pour pouvoir la réduire. On suture le péritoine et on prolonge l'incision du cylindre extérieur sur sa moitié postérieure. Habituellement on n'y trouve pas de cul-de-sac péritonéal, mais le mésocôlon, dont on lie soigneusement les vaisseaux. On sectionne ensuite le cylindre intérieur et on le suture avec l'extérieur. Le moignon se réduit spontanément.

L'opération de Mikulicz présente de nombreux inconvénients. L'ouverture du péritoine, dans une région qu'il est difficile de rendre totalement aseptique, expose à la

péritonite. La suture des deux cylindres présente souvent de sérieuses difficultés en raison de la différence de calibre des deux surfaces à suturer. C'est ainsi que chez un malade opéré par Ludloff les circonférences respectives des deux cylindres étaient de 11 et de 34 centimètres.

Un des plus grands inconvénients de cette opération est constitué par la forte hémorragie à laquelle elle donne lieu. De nombreux procédés ont été imaginés pour parer à cette complication ; ils consistent tous dans la ligature du rectum après la réduction préalable de l'hydrocèle. Ces procédés permettent d'opérer presque sans hémorragie, mais ils ont l'inconvénient d'exposer à des hémorragies secondaires, comme cela est arrivé à Lesniewski.

Et enfin le reproche le plus sérieux qu'on adresse au procédé de Mikulicz, c'est la haute mortalité qu'il fournit. Cette mortalité est de 11 p. 100, tandis qu'elle est insignifiante dans les autres procédés.

Les résultats de l'opération de Mikulicz sont loin de compenser tous ces inconvénients ; les récidives sont relativement rares, mais le rétrécissement cicatriciel du rectum est fréquent et il prend parfois de telles proportions qu'il supprime les selles.

Nous allons aborder maintenant l'étude des procédés opératoires basés sur la théorie pathogénique de Jeannel, qui considère les moyens de suspension du rectum comme ses moyens essentiels de fixation. Nous décrirons successivement la rectopexie et la colopexie.

Rectopexie

C'est à Verneuil que revient l'honneur d'avoir le premier préconisé cette voie. Il excise un pli cutané de forme vaguement triangulaire ou losangique, allant du coccyx à l'anus, et découvre la paroi postérieure du rectum. Un doigt étant introduit dans le rectum, il fait pénétrer dans l'épaisseur de la paroi rectale 4 crins de Florence, et, après s'être assuré qu'ils ne pénètrent pas dans la lumière intestinale, il fait passer leurs deux bouts à travers la peau et les noue deux par deux. Gérard Marchand a modifié ce procédé : il rétrécit d'abord verticalement et horizontalement l'ampoule rectale à l'aide d'une double plicature et il fixe ensuite la paroi postérieure du rectum, non pas à la peau, mais au périoste du sacrum et du coccyx ou bien aux ligaments sacro-sciatiques. Sachanski fait une grande incision allant de la partie moyenne du sacrum jusqu'au sphincter, qu'elle intéresse aussi. Il rétrécit l'ampoule rectale et la fixe au périoste du sacrum. Il réunit les deux lèvres du sphincter par une double rangée de points. König fixe la paroi postérieure du rectum au sacrum même, qu'il perfore avec un perforateur électrique. La rectopexie latérale consiste à fixer le rectum, après rétrécissement préalable, aux ligaments sacro-sciatiques. Le procédé de Gérard Marchand est intermédiaire entre la rectopexie postérieure et latérale.

La rectopexie est une opération d'exécution facile; c'est à ce fait qu'elle doit probablement sa vogue relative.

Quant à ses résultats ils sont médiocres, nous en reparlerons plus loin.

Colopexie

Elle fut pratiquée pour la première fois par Jeannel. Voici la technique de cette opération :

1° *Incision de la peau.* — Jeannel fait une incision latérale gauche, parallèle et voisine de l'arcade crurale, longue de 10-12 centimètres. Ewald pour parer aux dangers de l'éventration la fait médiane ; Eiselsberg la remplace par l'incision dans la gaine du grand droit ; Bardenheuer par la dissociation des muscles larges de l'abdomen. C'est à l'incision parallèle de l'arcade crurale que l'on a généralement recours.

2° *Réduction du prolapsus.* — L'incision une fois faite on va à la recherche de l'S iliaque, et on l'attire en haut, sans violence, jusqu'à la réduction complète du prolapsus. Cette réduction est en général facilement obtenue ; dans le cas contraire, il faut s'abstenir des tractions violentes et terminer l'opération par la résection de la partie prolabée.

3° *Fixation de l'anse colique.* — Il est important de fixer la partie toute inférieure de l'S iliaque, l'expérience ayant démontré que la récidive est fréquente dans les cas contraires. C'est le temps de l'opération qui a subi le plus de modifications. La plupart des chirurgiens attachent le côlon aux lèvres d'incision abdominale ; quelques-uns le fixent à l'arcade crurale. Lenormant préconise la fixation de l'anse colique à la paroi

pelvienne latérale : à la fascia iliaca et aux fibres du muscle iliaque.

4° *Suture de l'incision abdominale.* — Elle doit être faite très soigneusement pour éviter l'éventration.

Le grand inconvénient de la colopexie, c'est le danger de l'éventration ; ce danger n'est que trop réel, puisqu'on a cité plusieurs cas de cette nature. L'autre inconvénient de cette méthode est le nombre très élevé des récidives, qui atteignent d'après la statistique de Lenormant 46 p. 100. Les statistiques plus récentes portent cette proportion à 55-60 p. 100. Certains chirurgiens déconseillent formellement cette opération. Krauze l'a complètement abandonnée pour l'opération de Delorme-Juvarra ; Samter qui l'a pratiquée six fois a eu un cas de mort, une guérison et quatre récidives.

Suppression du cul-de-sac de Douglas

En parlant de la pathogénie du prolapsus rectal nous avons insisté sur le rôle capital attribué à ce sujet au cul-de-sac de Douglas. Il nous reste maintenant à décrire quelques procédés opératoires visant la supression de ce cul-de-sac. Certains de ces procédés se combinent à la coloplexie, d'autres à la reconstitution du plancher pelvien.

Le procédé de Bardenheuer consiste grosso modo dans la fixation de la vessie à la paroi abdominale antérieure et dans la suture des deux feuillets du péritoine dans le cul-de-sac de Douglas. Pour fermer plus complètement cet espace, Bardenheuer place l'S iliaque du côté droit,

il fixe sa partie afférente au péritoine, au périoste du sacrum et au muscle iliaque droit, et sa partie efférente au feuillet postérieur du ligament large gauche et au muscle iliaque gauche.

Plusieurs chirurgiens ont apporté de nombreuses modifications à la méthode de Bardenheuer. Wenzel a fixé l'utérus à la paroi abdominale antérieure, et, après avoir séparé le péritoine de l'utérus, du vagin et du rectum, a suturé la paroi antérieure du rectum à la paroi vaginale.

Le procédé de Quénu et Duval comporte la technique suivante. Après l'incision médiane sous-ombilicale, le prolapsus est réduit par les tractions exercées sur le côlon pelvien. Le rectum est alors suturé au vagin et les deux feuillets du péritoine réunis latéralement. Le cul-de-sac une fois obturé, le côlon pelvien est couché par-dessus et suturé au ligament large droit, au dôme vaginal, au ligament large gauche. De cette façon la pression abdominale s'exerce exclusivement sur le côlon. Le côlon pelvien et son méso sont ensuite suturés au tendon du psoas. Chez l'homme, la fermeture du cul-de-sac de Douglas est obtenue par la réunion des deux feuillets du péritoine et le côlon pelvien est suturé au péritoine rétro et latéro-vésical.

Les procédés de Bardenheuer et de Quénu et Duval ont un seul défaut, c'est d'être compliqués et laborieux. Ils donnent des résultats bons et durables. Ils sont surtout indiqués dans les cas de grands prolapsus. Outre l'action sur le prolapsus, ils ont aussi une très bonne influence sur la ptose générale des viscères et ils constituent dans ces cas les procédés de choix.

Le procédé de Napalkow — éminemment éclectique — s'adresse à la fois à tous les éléments pathogéniques du

prolapsus rectal : il supprime le cul-de-sac de Douglas, consolide le plancher pelvien, rétrécit le rectum. L'histoire de ce procédé est un peu embrouillée. Ziegenspeck traita le premier le prolapsus génital par un procédé analogue. Napalkow proposa son procédé en 1900, Lenormant l'appliqua le premier dans un cas de prolapsus rectal. Voici en quelques mots la technique de Napalkow. Il fait une incision demi-circulaire de 8 centimètres, en avant de l'orifice anal et le touchant presque par sa concavité ; il sépare la paroi antérieure du rectum des tissus voisins, sépare de la même façon le péritoine dans le cul-de-sac de Douglas et le noue à la manière d'un sac herniaire ; à l'aide des quelques points transversaux il rétrécit le rectum et se termine par une myorraphie des releveurs de l'anus. Le temps délicat de cette opération, c'est la séparation du péritoine des tissus avoisinants. Napalkow a déchiré trois fois le péritoine, un cas se termina par la péritonite. Lenormant pratiqua le premier cette opération. Il opéra deux malades avec un succès complet. Napalkow a traité 12 malades par son procédé, Diakonow 2, Braïcew 2, Tichonowicz 1 et Balaszew 1. Sur le total de 20 malades traités par cette méthode, un est mort de péritonite et les 19 ont été guéris d'une façon tout à fait satisfaisante.

CONCLUSIONS

Si maintenant, après cette revue sommaire des diverses méthodes, nous nous posons la question qui forme le titre de notre travail : « Comment doit-on traiter le prolapsus rectal ? » la réponse ne sera point aisée. Nous nous y refusons même catégoriquement. « La multiplicité des procédés indique leur insuffisance », telle est la phrase sacramentale par laquelle commencent tous les ouvrages traitant du traitement du prolapsus rectal. Il ne nous appartient pas de donner la préférence soit à l'un soit à l'autre procédé. Nous devons cependant faire quelques remarques à leur sujet.

Et tout d'abord une distinction capitale est à établir, car si les prolapsus se suivent ils ne se ressemblent guère. Il y a un abîme entre le prolapsus de l'adulte et celui de l'enfant, puisque ce dernier peut le plus souvent céder aux prescriptions hygiéniques seules. La conduite sera donc tout à fait différente dans les deux cas.

Prolapsus rectal de l'enfant

Il ne faut avoir recours au traitement chirurgical que lorsque les moyens hygiéniques ou médicaux n'ont pas donné de résultats. Il faut tout d'abord surveiller les selles de l'enfant. Bien des prolapsus muqueux d'enfant ne sont dus qu'à la funeste habitude de laisser les enfants trop longtemps sur le vase. Les selles seront donc de courte durée. Si cela ne suffit pas, si le prolapsus se reproduit après chaque selle, on aura recours aux conseils de Broca : « On fera aller l'enfant à la selle couché sur le côté, en recueillant les excréments sur une serviette, et on recommandera à la mère de ne pas le laisser s'éterniser tous les matins sur le vase de nuit ; la selle, que l'on provoquera au besoin par un lavement, par un suppositoire, aura lieu tous les jours à heure régulière, le matin de préférence. Le prolapsus sera immédiatement réduit et maintenu une demi-heure environ, puis on fera lever l'enfant. »

Cependant cette méthode ne doit pas constituer tout le traitement. Un grand nombre de prolapsus se rattachent au rachitisme ; on combattra donc cette affection en fortifiant l'enfant : on administrera des phosphates, l'huile de foie de morue, on fera du massage, de l'hydrothérapie. Les grands lavements froids combattront la rectite, les lavements astringents agiront dans le même sens.

Nous avons suffisamment insisté sur l'importance du massage dans ce cas pour y revenir.

Il arrive cependant que tous ces moyens se trouvent impuissants et que l'on est obligé de se résigner à une intervention chirurgicale. Quelle méthode choisir ? Ce n'est point le cas où une de ces opérations à grand fracas est indiquée. Les interventions les plus simples suffisent. La cautérisation ignée, inefficace chez l'adulte, donne de bons résultats chez l'enfant. A ce sujet nous publions à la fin de notre travail deux observations inédites que M. le professeur Soubeyran a bien voulu nous communiquer.

La méthode de Thiersch a été souvent appliquée au prolapsus de l'enfant ; elle y donne des résultats de beaucoup meilleurs que chez l'adulte. Rudier a publié dans sa thèse 11 cas de prolapsus chez l'enfant guéris par cette méthode. Les injections de paraffine préconisées et pratiquées par Karewski et reprises par Spitzi et par Burgess nous semblent être plus particulièrement dignes d'attention. Ce procédé donne, en effet, des succès quasi constants et il se recommande par sa simplicité au-dessus de tout ce que l'on pourrait imaginer.

Citons enfin la rectopexie qui a été pratiquée dans plusieurs cas avec des résultats satisfaisants. Quant au choix de la méthode, nous croyons que le mieux est de procéder du simple au compliqué, de commencer par la cautérisation ignée et en cas d'échec d'avoir recours à un des procédés susnommés.

Le prolapsus rectal infantile qui résisterait à ce traitement rentre par ce fait même dans la catégorie suivante.

Prolapsus rectal de l'adulte

Ici point d'hésitation entre le traitement médical et chirurgical. Mais laquelle des nombreuses méthodes chirurgicales faut-il choisir? Nous avons dressé le tableau ci-dessous qui permet de se rendre facilement compte des avantages et des inconvénients de chaque méthode. Nous avons établi ce tableau à l'aide des chiffres donnés par Lenormant dans sa thèse et dans son article de la « Revue de Chirurgie » de 1907 ; nous y avons ajouté quelques chiffres cités plus haut dans notre travail.

	Mortalité p. 100	Récidives p. 100	Insuccès total p. 100	Nombre de cas sur lesquels a porté la statist.
Pr. de Mikulicz	11	7	18	110
Pr. de Delorme	4,5-0	8	12-8	38-45
Rectopexie	0	15	15	47
Colopexie	0	19-46	19-46	68
Périnéorraphie	0	7	7	15
Pr. de Thiersch	6	12	18	33
Pr. de Napalkow	5	0	5	20
Pr. de Wreden	0	3,5	3,5	90
Injections de paraffine	0	3	3	64

Nous avons suffisamment insisté sur les inconvénients du procédé de Mikulicz. La haute gravité de cette opération doit la faire rejeter dans tous les cas où elle n'est pas indiquée absolument. C'est un pis-aller auquel on

n'aura recours qu'en cas de l'irréductibilité du prolapsus, des ulcérations multiples de la muqueuse, d'une tumeur maligne du rectum.

La rectopexie et le procédé de Thiersch peuvent être rangés sous la même rubrique. Ils ont les mêmes indications : les prolapsus légers et limités à la partie inférieure du rectum ; le même avantage : la facilité d'exécution ; le même inconvénient : le nombre élevé des récidives. La statistique de Lenormant ne porte que sur un nombre restreint des cas traités par le procédé de Thiersch. Il serait très difficile d'établir une statistique complète. Nous pouvons citer l'opinion de Beresnegovsky, qui dit que le procédé de Thiersch a été très couramment appliqué dans la clinique du professeur Tichow, à Tomsk, mais que les résultats ont été plus que médiocres.

Quant à la rectopexie, son pourcentage des récidives est aussi plus élevé que celui indiqué par Lenormant, aussi est-elle à présent assez rarement pratiquée. Néanmoins, la simplicité des deux procédés est un grand atout en leur faveur. « Le pire qui puisse arriver, dit Lenormant, c'est une récidive. » C'est bien cela, mais cela suffit. La réputation du chirurgien étant donc mise de côté, on pourra les employer avec avantage dans certains cas de prolapsus léger.

Quant aux diverses périnéorraphies, il est difficile de se prononcer à leur sujet. Leur statistique est très incomplète ; cela provient probablement de ce fait qu'elles sont souvent associées aux autres procédés. Elles semblent donner de bons résultats et sont surtout indiquées chez les grandes multipares ou associées à la colopexie dans les cas de grands prolapsus.

La colopexie, lorsqu'elle réussit, donne des résultats

durables, malheureusement il arrive trop souvent qu'elle ne réussit pas. Lenormant donne comme pourcentage des récidives 20 p. 100 ; en 1907, il porta ce chiffre à 46 p. 100. Certains chirurgiens, comme Krauze, fixent ce chiffre à 55 p. 100. C'est une opération qui donne tout ou rien. Elle est indiquée dans les grands prolapsus. Nous avons parlé plus haut de ses inconvénients.

Nous avons pu réunir 15 cas de prolapsus traités par la méthode de Delorme. Voici le relevé complet de ces cas : Delorme 7 cas (1 mort) ; Poirier 1 (mort) ; Loubet (service de Tuffier) 1 (rétrécissement) ; Juvarra 3 ; Vignard 3; Bahuaud 1 ; Gourdet-Lanoue 1 ; Rehn 11 (7 enfants et 4 adultes) ; Bier 3 (1 récidive) ; Forgue 1 ; Leriche (service de Poncet) 1 ; Rötter 3 cas (1 tendance à récidive) ; Krauze 9 (1 récidive, 2 tendances à récidive) ; soit un total de 45 cas. Sur ce total, on enregistre 2 morts, ce qui donne une mortalité de 4,5 p. 100, mais les deux cas de mort se rapportent au début de l'opération, qui depuis lors n'a pas donné un seul cas de mort ; nous pouvons donc dire que, si la mortalité totale est de 4,5 p. 100, la mortalité des derniers temps est pour ainsi dire nulle.

Le pourcentage des récidives est assez difficile à établir. Nous avons 2 récidives franches et 3 tentatives de récidive, dont 2 conjurées par la périnéorraphie. Faisons la cote mal taillée et comptons ces 2 récidives et ces 3 tentatives de récidive pour 3 récidives franches, ce qui nous donne 3 récidives sur 38 opérations, car il ne faut pas tenir compte pour cette sorte de calcul des 7 cas où l'opération a été pratiquée sur les enfants. En somme, nous arrivons tant bien que mal au chiffre de récidives de 8 p. 100. Aussi

l'impression générale est que cette opération est appelée à un brillant avenir.

Il nous reste à parler de deux procédés que Lenormant passe presque sous silence. Le procédé de Napolkow a été appliqué dans 20 cas, on peut donc déjà parler de ses résultats. Considéré *a priori*, ce procédé paraît très judicieux, sa mortalité est faible et ses résultats très bons. L'avenir en prononcera. Le procédé de Wreden, dont nous avons cité 90 applications, nous paraît plus particulièrement à recommander. L'exécution facile, la mortalité nulle, le chiffre des récidives extrêmement faible, tout ceci mérite bien mieux qu'une réfutation sommaire de Lenormant.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

Enfant du sexe masculin, âgé d'un an, avec un prolapsus de la muqueuse rectale dû à des efforts, probablement chez un constipé habituel, avec émission sanguine dans les selles. Vu en juin 1908. Cautérisation ignée avec le thermocautère. On trace 4 raies longitudinales et distantes à la surface du cylindre prolabé, ayant deux travers de doigt de longueur et allant du rebord cutané jusqu'au sommet du bourrelet muqueux. Réduction du prolapsus avec une compresse enduite de vaseline stérilisée. Grands soins de propreté recommandés à la mère. Constipation pendant 6 jours. Cicatrisation normale après la chute des escarres. Enfant complètement guéri.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

Petit garçonnet de 2 ans. Même procédé, sauf qu'il a fallu une deuxième cautérisation deux mois après pour une petite récidive. Guérison complète.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

Adulte de 20 ans, habitant habituellement Paris, pour lequel nous fûmes appelé à l'hôtel, en novembre 1908. Volumineux prolapsus du rectum (poing de l'adulte). Sujet un peu maigre et affaibli. Nous conseillons et pratiquons la rectococcypexie : incision cutanée médiane en arrière de l'anus, découverte du rectum et libération pré-coccygienne. Plicature transversale et longitudinale du rectum. Fixation du rectum au coccyx et au sacrum. Rétrécissement de l'orifice anal ; fermeture de la plaie. Constipation pendant 10 jours. Ablation des fils le 12e jour. Malade sort de l'Institut Bosc au bout de 20 jours bien guéri. Il n'a pas été revu.

BIBLIOGRAPHIE

Bauer. — Eine neue konservative Behandlungsmetode des Mastdarmvorfalles (Beitrage z. klin. Chir., 1911).

— Der heutige Stand der Behandlung des Rektalprolapses (Chir. und Orthop. Berlin, 1912).

Beresnegowsky. — Uber die Pathologie und Therapie des Mastdarmvorfalls (Archiv. f. klin. Chir., 1910).

Brau-Tapie. — Prolapsus du rectum traité par la méthode de Tiersch (Journ. de médecine de Bordeaux, 1912, p. 106).

Brun. — Zur Technik der operativen Heilung grosser Bauchbrüche und Masdarmprolapse (Beitrage z. klin. Chir., 1912).

Burgess. — Traitement du prolapsus du rectum par les injections de paraffine (Presse médicale, 23 mars 1907, p. 188).

De la colopexie dans le traitement du prolapsus du rectum (Presse médicale, 1913, n° 87).

Discussion sur le traitement des grands prolapsus rectaux à la Soc. de chir. de Paris (Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1912, p. 435).

Discussion sur le traitement du prolapsus rectal à la Société médicale de Varsovie (Przeglad chirurgicrny i ginekol., 1913, t. IX, Z. 3).

Dumont. — Contribution à l'étude de l'opération de Delorme-Juvarra pour prolapsus rectaux (Thèse de Lyon, 1912).

Guibé. — Prolapsus du rectum (Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1912, p. 564).

Heile.— Uber Behandlung des Mastdarmvorfallen (Deutsche med. Wochenschr., 1912).

Hoffmann. — Der Unterschied zwieschen den Beckenbodenplastik und Dammplastik (Zentralblatt f. Chirurgie, 1906).

Krauze (Louis).— Le traitement du prolapsus rectal (Przeglad chirurgicrny, ginekologicrny, 1913, t. IX, Z. 2. Résumé dans le Journ. de Chirurgie, 1914, p. 388).

Lanoue. — Traitement du prolapsus total du rectum par l'exérèse muqueuse (Thèse de Paris, 1910).

Lengnik (Tilsitt). — Contribution au traitement opératoire du prolapsus rectal chez l'enfant (Résumé dans le Journ. de Chirurgie, 1914, p. 98).

Lenormant. — Le prolapsus rectal, causes et traitement opératoire (Thèse de Paris, 1903).

— La colopexie (Revue de Chirurgie, 1907).

— Onze cas de prolapsus du rectum traités chirurgicalement (La Presse Médicale, 1912, n° 37).

— L'association du prolapsus rectal et du prolapsus utéro-vaginal. L'hystéro-colopexie et ses indications (Gynécologie, 1913, p. 321).

Quénu et Duval. — Technique de la colopexie (Revue de chirurgie, 1910).

Quénu. — Rapport sur le travail de Lenormant : « 11 cas de prolapsus du rectum traités chirurgicalement » (Bull. et Mém. de la Soc. de Paris, 1912, p. 372).

Rocher. — Volumineux prolapsus ano-recto-sigmoïdien chez un nourrisson de quatre mois ; cerclage de l'anus suivant la méthode de Tiersch. Anomalies de disposition et d'accolement du côlon ascendant et de son méso (Journal méd. de Bordeaux, 1911, n° 11).

Ruelle. — Prolapsus du rectum traité par l'acide nitrique (Centre méd. et pharm. Gannat, 1907-1908, p. 165).

Sachanski. — K wyboru sposoba, etc. (Chirurgia, 1909. n° 148).

Samter. — Contribution au traitement opératoire des gros prolapsus du rectum (Semaine médicale, 1907, p. 437).

Monturiol. — Contention del prolapso-rectal (Arch. de ginecol. Barcelona, 1909).

Moty. — A propos du traitement chirurgical du prolapsus du rectum (Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1912, p. 470).

Pauchet. — Le prolapsus rectal et son traitement (Gazette des hôpitaux, n° 147).

Poppert. — Zur Frage der Behandlung des Mastdarmvorfalls mit der Beckenbedenplastik (Deutsche Zeitung f. Chir., 1909).

Proust. — Un cas de prolapsus du rectum traité par la colopexie et le cerclage de l'anus ; de l'association des prolapsus rectaux et génitaux ; de l'hystérocolopexie (Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1913, p. 637).

Sick. — Heilung des Rectumprolapses durch Tamponade (Zentralbl. f. Chir., 1909, n° 36).

Souligoux. — Du prolapsus du rectum (Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1912, p. 448).

Tzastrow. — Peresadka loskutka, etc. (Chirurgia, 1911, n° 169).

Veau. — Enorme prolapsus du rectum chez un enfant de 15 mois guéri très facilement par le cerclage de l'anus (Bull. Soc. pédiât. de Paris, 1913, p. 222).

Vignard. — Deux cas de prolapsus du rectum traités par l'opération Delorme-Juvarra (Gazette médicale de Nantes, 1909, n° 16).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 mai 1914.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 mai 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE